

XIX

**MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES EXTERNES
DANS LE SEXE MASCULIN**

PAR ALF. POUSSON

Agrégé, chargé du Cours complémentaire de clinique des maladies des voies urinaires,
Chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

PÉNIS

I. VICES DE CONFORMATION. — Les difformités que le pénis peut présenter à la naissance portent, suivant la classification très judicieuse de Demarquay, *a*) sur la totalité de cet organe; *b*) sur les corps caverneux; *c*) sur le prépuce.

a) 1° *Absence complète du pénis*. — Elle est extrêmement rare. Les cas de Révolat¹, de Nélaton², de Demarquay³, de Goschler⁴, de Hicks⁵ sont sans doute les seuls authentiques que nous possédions. Chez le malade de Révolat, outre un spina-bifida, il existait une hernie ombilicale au-dessous de laquelle l'urine et le méconium s'échappaient par un orifice transversal; les sujets de Nélaton, de Goschler, de Demarquay ne présentaient aucune autre anomalie: le scrotum lui-même était bien conformé, le cordon normal, mais il n'y avait nulle part trace de pénis et les urines s'écoulaient par une fistule vésico-rectale. A part l'individu observé par Demarquay, qui avait 27 ans et était très vigoureux, nous ne savons ce qu'il advint des nouveau-nés vus par les autres chirurgiens. De cet unique fait il est cependant permis de conclure que ce vice de conformation est compatible avec l'existence, lorsque l'urine trouve une issue directement à l'extérieur, ou dans un réservoir voisin comme l'intestin. Il n'en est pas de même, cela va sans dire, lorsque, ainsi que cela existait chez le fœtus de Hicks, la vessie et le rectum s'ouvrent dans une poche fermée située à la place du scrotum.

Il convient de rapprocher de ces faits d'absence complète et réelle de la verge, ceux plus rares encore où cette absence n'est qu'apparente, tels les cas de Boutellier⁶ et de Lemke⁷. Dans le premier, l'urine sortant par un pertuis situé à la place de la verge, on sentait sous les téguments un rudiment de pénis que le chirurgien dégagea par une incision en T. Le second cas a pour sujet un enfant de 5 ans, possédant un orifice urinaire étroit situé au-dessus d'un scrotum muni de ses deux testicules entre lesquels on percevait très bien par la palpation un pénis. L'enfant très affaibli ne fut pas opéré.

⁽¹⁾ *Journal de Sédillot*, t. XXVII.

⁽²⁾ *Eléments de path. chir.*, t. V, p. 657.

⁽³⁾ *Maladies chirurgicales du pénis*.

⁽⁴⁾ *C. R. de l'Acad. des sc.*, 1884.

⁽⁵⁾ *Encyclop. internat. of surgery*, t. VI, p. 554.

⁽⁶⁾ *Union médicale de la Seine-Inférieure*, 1875, n° 40, p. 27.

⁽⁷⁾ *Virchow's Arch.*, Bd 155, p. 181, 1895.

A côté de l'absence réelle ou apparente du pénis nous signalerons l'atrophie, qui s'accompagne d'arrêt de développement des testicules et qui persistant à la puberté ne permet pas l'érection.

2° *Duplicité de la verge*. — Les quelques observations de verge double publiées jusqu'à ce jour peuvent être classées en deux catégories: les deux pénis indépendants dans toute leur longueur sont superposés ou placés l'un à côté de l'autre; la verge une à sa racine est bifide à sa partie antérieure. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire¹ a rapporté le seul cas de pénis superposés que l'on connaisse: l'une et l'autre de ces verges était creusée d'un canal qui servait isolément ou simultanément à l'émission de l'urine ou du sperme. Dans le cas récent observé par Lannelongue², il s'agissait en réalité d'un pseudo-pénis ombilical. En effet, la verge bien conformée se trouvait à sa place normale, mais il existait à la région de l'ombilic une hernie saillant en forme de verge au sommet de laquelle l'ouraque perméable s'ouvrait et laissait s'écouler une partie de l'urine au moment de la miction. Velpeau³, Hart⁴, Van Buren et Keyes⁵, Giacomo Sangalli⁶ ont observé des individus porteurs de deux verges placées l'une à côté de l'autre. Chez tous il existait en même temps d'autres vices de conformation plus ou moins accentués portant sur le scrotum, les testicules, la symphyse pubienne, et sur la vessie (double chez le malade de Sangalli). Malgré ces difformités surajoutées, plusieurs de ces sujets atteignirent l'âge adulte.

Le seul cas de bifidité pénienne a été publié par Forster et Klebs⁷. La verge était fendue dans la traversée du gland et dans sa moitié antérieure: le côté gauche était muni d'un renflement balanique et pourvu de tissu érectile; le côté droit était peu développé, sans renflement terminal; l'urètre s'ouvrait en entonnoir au point d'union des deux parties séparées.

Daunic (de Toulouse)⁸ a observé, il y a quelques années, une verge munie d'un gland supplémentaire inséré sur la couronne du gland normal.

3° *Palmure de la verge*. — Cette difformité résulte de l'insertion au scrotum des téguments pénien par un repli plus ou moins étendu en largeur et en hauteur. La verge est ainsi infléchie par en bas, comme dans la plupart des cas d'hypospadias, auquel est d'ailleurs très souvent lié ce vice de conformation. On devine les troubles qui en résultent: l'urine inonde le scrotum à chaque miction et plus tard la copulation est rendue impossible.

Contrairement à J.-L. Petit, qui conseillait l'abstention, tous les opérateurs sont aujourd'hui d'accord pour remédier à cette infirmité par une intervention. C'est ce que firent Dupont, Bouisson et plus près de nous Duplay, qui incisa la palmure profondément jusqu'à la cloison des corps caverneux et réunit ensuite transversalement les lèvres de la plaie. Cette opération doit être pratiquée d'assez bonne heure, vers 2 ou 3 ans, car l'in-

⁽¹⁾ *Histoire des anomalies de l'organisation*, t. II.

⁽²⁾ Congrès gynéc. de Bordeaux, août 1895.

⁽³⁾ *C. R. de l'Acad. des sc.*, 1844.

⁽⁴⁾ Cité par Ed. Schwartz, *Encyclop. intern. de chir.*, vol. VII, p. 424.

⁽⁵⁾ *Intern. Encyclop. of surg.*, New-York, t. VII, p. 354.

⁽⁶⁾ *Mem. del R. Istituto Lom'bar'lo di Scienze e Lettere*, 1894, fasc. IV, vol. XVII.

⁽⁷⁾ *Anat. pathol.*, p. 1452.

⁽⁸⁾ *Archives provinciales de chirurgie*, août 1894.

curvation de la verge a une fâcheuse influence sur son développement.

4° *Torsion du pénis.* — Cette difformité congénitale très rare, dans laquelle les corps caverneux regardent le scrotum tandis que le corps spongieux est dirigé vers le pubis, coïncide presque toujours avec l'hypospadias et l'arrêt du testicule dans sa migration. Godard, Verneuil, Guerlain, John Gay en ont rapporté des observations. Chez le petit malade de John Gay, la torsion s'accompagnait d'épispadias. Jusqu'ici, à notre connaissance, rien n'a été tenté pour remédier à ce vice de conformation.

5° *Fistules péniennes congénitales.* — Dans ces dernières années Kauffmann a décrit, d'après les faits observés par Marchal, Luschka, Picardat, Pribram, Perkowsky et Verneuil, des fistules péniennes congénitales. Après eux Englisch¹ en a rapporté deux nouveaux cas et René Lefort² en a colligé une quinzaine d'observations. Tout dernièrement Duhot³ de Bruxelles a repris leur histoire à propos d'un fait personnel.

Ces fistules s'ouvrent sur le dos de la verge dans l'espace compris entre le gland et le pubis par un orifice, auquel fait suite un trajet oblique d'avant en arrière plus ou moins large et profond, mais ne communiquant qu'exceptionnellement avec la vessie. Dans ce cas on a affaire à de véritables urètres surnuméraires, dont nous nous occuperons ultérieurement. Que la fistule communique ou ne communique pas avec la vessie, on trouve à sa face interne une muqueuse munie de glandes et rappelant par sa structure un urètre normal d'après Posner et Schwyzer. La pathogénie de ce vice de conformation est difficile à interpréter et nous renvoyons ce que nous avons à en dire au chapitre, où nous traiterons des malformations de l'urètre.

Ces fistules, qui plus tard au moment des érections laissent s'écouler un liquide filant, peuvent être infectées par le microbe de la blennorrhagie, comme dans le cas de Duhot.

Perkowsky obtint l'oblitération de la fistule de son malade, en la fendant jusqu'au pubis, en cautérisant son cul-de-sac et en suturant ses lèvres. Duhot, dans la crainte de blesser les plexus de Santorini et pour éviter la cicatrice sur le dos de la verge, a eu recours à l'électrolyse.

b) *Absence des corps caverneux.* — Delbarrier a publié le seul cas, encore contestable, d'absence totale des corps caverneux, le corps spongieux et l'urètre étant d'ailleurs bien conformés.

c) *Hypertrophie des corps caverneux.* — Il n'en existe aussi qu'une observation que Brun et Monod ont rapportée en l'empruntant à une publication américaine. Il s'agissait d'un Chinois de 55 ans, chez lequel l'affection avait débuté à 6 ans.

d) *Anomalies du prépuce.* — 1° *Absence du prépuce.* L'absence et l'atrophie congénitales du prépuce, d'après Bloch et quelques autres auteurs, s'observeraient plus fréquemment chez les enfants israélites que chez les autres en raison de la transmission héréditaire de la mutilation rituelle de cet organe. Avec la majorité des observateurs nous ne saurions souscrire à

⁽¹⁾ Internat. Centralb. f. Physiol. u. Path. der Harnorgan, 1892. Bd III, Lep. Aledre.

⁽²⁾ Annales des mal. des org. génito-urin., 1896.

⁽³⁾ Annales des mal. des org. génito-urin., 1902.

cette assertion. Ce vice de conformation est d'ailleurs sans conséquence, et les opérations proposées par Celse, J.-L. Petit, Dieffenbach pour y remédier n'ont plus qu'un intérêt historique.

2° *Division du prépuce.* — Comparée, sans raison embryogénique, au bec-de-lièvre, la division congénitale du prépuce, qu'elle siège sur la ligne médiane ou sur les côtés, est complète ou incomplète suivant qu'elle intéresse en partie ou en totalité ce repli cutané.

La division incomplète n'entraîne le plus souvent aucune gêne fonctionnelle. Lorsqu'elle est complète, elle peut devenir plus tard un obstacle à la copulation par la douleur que le tiraillement des deux lambeaux occasionne. Pour remédier à cet inconvénient, J.-L. Petit recommandait de suturer les deux bords préalablement avivés; Boyer et Demarquay conseillent avec plus de raison d'exciser les lambeaux flottants.

3° *Brièveté du frein.* — Cette petite infirmité sans inconvénient pendant la première enfance peut, au moment où surviennent les érections, déterminer de la gêne, de la douleur et entraver plus tard la copulation par la traction qu'elle exerce sur le gland. Il convient donc d'y remédier par la petite opération suivante. Tandis que la verge étant relevée vers l'abdomen, le chirurgien redresse le gland de la main gauche, un aide écarte le prépuce et tend le frein. Celui-ci est alors incisé avec des ciseaux de préférence au bistouri, les lames rasant le gland. Il se produit parfois une petite hémorragie fournie par l'artère du frein, que l'on peut être obligé de lier. Mais le plus souvent le léger écoulement sanguin s'arrête de lui-même par la suture au catgut ou au crin de la petite plaie losangique résultant de la section.

4° *Adhérences congénitales.* — D'après Bokay et Schweigger-Seidel, la face interne du prépuce adhère intimement à la face externe du gland, par fusion des deux couches épithéliales, pendant la plus grande partie de la vie intra-utérine et même après la naissance chez un grand nombre d'individus. Ainsi s'explique la fréquence des adhérences congénitales du prépuce ou symphyse balano-préputiale. On les rencontre surtout chez les enfants atteints de phimosis. Exceptionnellement totales, elles siègent par places de préférence au niveau de la couronne du gland et dans le sillon balano-préputial. Elles sont précaires, se rompent facilement sans effusion de sang, et se distinguent par là des adhérences cicatricielles acquises. N'ayant aucun caractère de gravité, elles ne sont cependant pas sans entraîner quelques inconvénients. C'est ainsi que, retenant le smegma préputial dans la rainure du gland, elles déterminent une irritation, qui porte les enfants à se gratter et peut devenir le point de départ d'une balano-posthite. Elles gênent surtout pour l'opération du phimosis, en rendant l'antisepsie plus difficile et la section de la muqueuse irrégulière.

Rien n'est plus facile que de rompre les adhérences balano-préputiales, lorsque l'orifice du prépuce est large. Il suffit de ramener cet organe en arrière du gland, et il serait à désirer que cette petite manœuvre s'introduisit dans toutes les maternités et que tous les nouveau-nés y fussent soumis. Lorsque le prépuce ne peut pas découvrir le gland, il faut avec une sonde cannelée, ou un stylet, séparer les deux surfaces épithéliales fusion-

nées. Un jet d'eau boriquée lancé entre le prépuce et le gland aseptise ensuite le sac préputial et entraîne le smegma et tous les produits de sécrétion.

5° *Phimosis*. — On dit qu'il y a phimosis lorsque le prépuce ne peut pas être ramené en arrière du gland. Cet état peut résulter de l'étréoussse native de l'orifice préputial ou de son resserrement pathologique; de là deux variétés: le phimosis congénital et le phimosis acquis ou accidentel. Ce dernier est rare chez l'enfant et reconnaît pour cause à peu près exclusive la balano-posthite. Nous ne nous occuperons ici que du phimosis congénital.

Ce vice de conformation est fréquent. Il convient cependant de ne pas le confondre avec une disposition qu'on observe chez presque tous les enfants naissants et dans laquelle le gland, quoique complètement recouvert, peut être facilement mis à nu.

Symptômes. — L'étréoussse de l'orifice préputial est très variable: entre les cas extrêmes où le gland passe à frottement entre ses lèvres et où il n'existe qu'un pertuis punctiforme livrant passage à l'urine, tous les intermédiaires peuvent être rencontrés; exceptionnellement même l'occlusion du sac préputial peut exister. La distinction faite par Ricord en phimosis incomplet et phimosis complet repose sur ces inégalités de diamètre du limbe. La longueur du repli cutané débordant le gland a, au point de vue pratique, une importance presque égale à l'étréoussse de son orifice; aussi est-il bon de retenir la distinction établie par Vidal (de Cassis) entre le phimosis atrophique dans lequel le prépuce s'applique au gland sans le déborder, et le phimosis hypertrophique dans lequel le prépuce exubérant le dépasse parfois de 2 à 5 centimètres.

Dans le phimosis court, pourvu que l'orifice du prépuce soit concentrique à l'embouchure de l'urètre et qu'il n'existe ni épispadias ni hypospadias préputial, l'urine sort sans encombre. Il n'en est pas de même lorsque le parallélisme des deux orifices est détruit et lorsque le canal constitué par le prépuce hypertrophié est long et étroit: l'urine distend alors le sac préputial en forme de ballon à chaque miction, et, s'écoulant lentement et incomplètement de ce réservoir accidentel, y entretient une irritation habituelle qui, commençant par la suppuration de la face interne du prépuce et du gland, peut y déterminer des ulcérations, et, dans la suite, des adhérences cicatricielles. La rétention du smegma vient encore ajouter à ces causes d'irritation, et la sécrétion des glandes de Tyson forme des masses plus ou moins dures, susceptibles de s'incruster de sels calcaires et de constituer de véritables calculs préputiaux.

Complications et accidents. — Outre les troubles fonctionnels d'ordre mécanique que la gêne apportée à l'émission des urines par le phimosis détermine du côté de l'urètre et de la vessie (dilatation de l'urètre, distension du col vésical, cystite (?), etc.), et sans compter les inconvénients plus ou moins graves pouvant en résulter à la période de l'activité sexuelle, on a encore accusé ce vice de conformation d'être chez les enfants la cause d'une foule d'accidents. Ils ont été bien exposés par un de mes élèves, L.-E. Berger (*Th. inaug.*, Paris, 1890).

Les uns, comme les hernies, le prolapsus du rectum, l'hydrocèle, résultent des efforts répétés que font les petits malades pour uriner. Les autres, d'ordre réflexe, portent soit sur l'appareil génito-urinaire, soit sur les divers autres appareils organiques.

Les troubles de l'appareil génito-urinaire consistent dans du spasme de l'urètre, de la contracture du col, de la cystalgie, de l'incontinence (accident le moins contestable et de beaucoup le plus fréquent), de l'éréthisme de la verge pouvant entraîner des habitudes d'onanisme et provoquer au moment de l'adolescence des pollutions nocturnes, qui épuisent les sujets et nuisent à leur développement.

Les troubles réflexes à distance, signalés d'abord par Sayre, de New-York, et étudiés surtout par les chirurgiens américains, frappent principalement le système nerveux. Les enfants sont irritables et inattentifs pendant le jour; ils ne dorment pas la nuit; ils ont des convulsions, des attaques épileptiformes (H.-G. Wetherill, John Thomson, Sinkler), de la chorée (Heckford, Chapmann), des parésies (Magruder) et des paralysies portant soit sur les membres inférieurs (Sayre, Hurd, Eggleston), soit sur les membres supérieurs, soit sur certains groupes musculaires, des contractures pseudo-coxalgies (Barwell, Kalby, Reverdin); pieds bots (Sayre, Magruder); strabismes, (Sayre, Ray, Chapmann); certains ont des palpitations cardiaques, des crises gastralgiques (Saunders), de la diarrhée, de la constipation, etc.

Traitement. — Pratiquée chez les juifs, où elle constitue l'un des rites religieux, dans les huit jours qui suivent la naissance, l'opération du phimosis se fait plus tardivement chez les autres enfants et seulement lorsqu'il existe quelque indication, qui la réclame. Le plus souvent, on a recours à l'excision circulaire du prépuce ou circoncision, mais il existe aussi d'autres procédés opératoires.

Nous ne rappelons que pour mémoire l'écrasement linéaire, la ligature élastique, la cautérisation linéaire galvanique ou au thermocautère: nous n'insistons pas non plus sur le débridement par incision simple dorsale, latérale ou inférieure, l'incision en V supérieure ou inférieure, en croissant, en quadrilatère, etc. Les premiers procédés sont indignes de la chirurgie antiseptique; les seconds ne peuvent être que des procédés d'exception, ayant surtout leurs indications dans le traitement du phimosis accidentel. La dilatation préconisée par Nélaton et fortement recommandée par Verneuil et de Saint-Germain, il y a 10 à 15 ans, alors que l'on redoutait encore, outre les accidents septiques généraux, l'infection de la plaie par les germes de diverses maladies, et en premier lieu de la diphtérie traitée dans les salles communes, va, croyons-nous, à l'encontre du but recherché. En provoquant des déchirures sous-cutanéomuqueuses du limbe préputial, elle expose aux récidives et à l'atrésie progressive de l'orifice.

L'opération véritablement chirurgicale à opposer au phimosis, c'est la circoncision. Elle a subi bien des modifications dans son manuel opératoire. Voici celui que nous avons adopté. L'enfant, quel que soit son âge, est soumis au sommeil anesthésique, bien supérieur à l'analgésie locale par le froid, l'éther, et même la cocaïne. Le champ opératoire est lavé et bien

aseptisé; à cet effet, des injections antiseptiques sont faites entre le gland et son enveloppe, et les adhérences épithéliales qui peuvent exister sont détruites à l'aide d'une sonde cannelée portée dans le fond du sillon balanopréputial et circonscrivant le gland. Un lien élastique disposé autour de la base de la verge, assurant l'hémostase, rend singulièrement faciles les manœuvres d'affrontement et de suture de la peau à la muqueuse. Ces précautions préliminaires prises, nous procédons à l'opération. Pour pratiquer la section du prépuce, deux pinces à forcipressure ayant été placées l'une sur la face dorsale et l'autre du côté du frein, de manière à empêcher les deux feuillets de glisser l'un sur l'autre, nous disposons au-dessous de leurs mors la pince fenêtrée de Ricord bien parallèlement au bourrelet balanique. Les fils (crins de Florence ou catgut fin) sont alors passés au-dessous du champ, et le prépuce est sectionné à l'aide d'un bistouri passé dans la fenêtrée. Le prépuce abattu, le plein des fils en contact avec le gland est sectionné et la lèvre muqueuse est réunie à la lèvre cutanée à l'aide des fils ainsi libérés de chaque côté. La surface de section ne saignant pas, grâce au lien hémostatique, il est facile d'affronter correctement la surface épidermique à la surface épithéliale. Il faut surtout apporter tous ses soins à la région du frein, que l'on doit reconstituer par la suture, s'il a été sectionné, de manière à éviter la formation d'un tissu cicatriciel, susceptible de maintenir plus tard le gland incurvé par en bas au moment de l'érection. Le lien hémostatique enlevé, pour arrêter l'écoulement sanguin résultant de la congestion post-ischémique, on irrigue largement les parties avec une solution antiseptique très chaude. Comme pansement, après nous être servi pendant longtemps de la pâte de Socin au chlorure de zinc, dont les qualités antiseptiques ont été contestées, nous lui avons substitué une pâte au salol et à l'iodoforme, préparée extemporanément en faisant fondre au bain-marie le premier de ces produits et en y mélangeant de l'iodoforme auquel on ajoute un peu de gomme adragante. Toute la ligne de suture est recouverte de cette pâte. Du 4^e au 6^e jour la réunion est faite et on enlève les sutures.

II. LÉSIONS INFLAMMATOIRES. — PARAPHIMOSIS. — Le paraphimosis est une affection résultant de l'étranglement de l'extrémité antérieure du pénis par les lèvres de l'orifice préputial accidentellement ramené et retenu en arrière de la couronne du gland.

Étiologie et mécanisme. — C'est une complication du phimosis, dont le mécanisme pathogénique est facile à comprendre. Il ne saurait se produire chez les individus qui, ayant l'orifice du prépuce large, décalottent et recalottent, suivant les expressions consacrées, sans la moindre difficulté, mais il ne saurait non plus se produire chez les sujets dont l'orifice préputial est trop étroit pour laisser passer le gland : un phimosis atrophique ou hypertrophique, tel que le prépuce puisse être ramené à frottement en arrière du gland, voilà la condition première du paraphimosis.

Chez les enfants, la curiosité, l'existence d'une irritation de l'extrémité de la verge les invitant à découvrir le gland, l'onanisme sont les causes habituelles du paraphimosis. Il est rarement chez eux la conséquence d'une affection vénérienne du gland ou du prépuce comme chez l'adulte.

Les phénomènes, qui se passent du côté du prépuce et du gland pour aboutir au paraphimosis, sont à la fois d'ordre mécanique et dynamique. Le prépuce, ramené à frottement en arrière du bourrelet balanique, commence d'abord par étreindre la base du gland par la contraction de ses fibres lisses et détermine la turgescence de ce dernier. Bientôt vient s'ajouter la stase du sang et de la lymphe dans les tissus du prépuce qui, gonflé de plus en plus, étrangle le gland, dont la gêne circulatoire va ainsi progressivement croissant. Une lutte s'établit de la sorte entre l'agent d'étranglement et l'organe étranglé, qui diminue, à mesure qu'elle se prolonge, les chances de cessation spontanée des accidents.

Symptômes. — Chez l'enfant, le paraphimosis dépasse rarement la phase œdémateuse, caractérisée par une succession de bourrelets circulaires, dont le plus volumineux, formé par la muqueuse pâle et translucide, entoure la base du gland, tandis que les autres, dont le relief va en décroissant, sont cutanés et s'échelonnent dans la longueur de la verge. Cette forme est indolente et facilement réductible.

Exceptionnellement, on peut voir survenir la phase inflammatoire. Elle s'annonce par l'ulcération de la muqueuse et de la peau au fond des sillons de séparation des bourrelets. Tantôt l'infiltration embryonnaire, gagnant en profondeur, établit des adhérences solides entre le prépuce et les corps caverneux et rend pour l'avenir la réduction impossible sans opération; tantôt au contraire les tissus du prépuce se mortifient, l'étranglement cesse de lui-même et tout rentre dans l'ordre. Chose remarquable, tandis que l'on observe du côté du prépuce ces divers phénomènes d'ulcération et de gangrène, le gland conserve le plus souvent toute sa vitalité.

Inutile d'insister sur les symptômes généraux (fièvre, insomnie), qui accompagnent d'ordinaire la forme inflammatoire du paraphimosis.

Traitement. — L'expectation qui, exceptionnellement, peut trouver ses indications dans la forme inflammatoire du paraphimosis chez l'adulte, ne saurait être conseillée chez l'enfant. La réduction demeurant presque toujours possible chez lui, c'est à elle que l'on doit avoir recours sans s'attarder aux bains locaux résolutifs, aux mouchetures, aux scarifications, aux pommades belladonnées, et autres moyens destinés à combattre des accidents inflammatoires qui le plus souvent n'existent pas. Elle s'opère à l'aide d'une série de manœuvres de la main et des doigts, ou taxis. La verge nue, ou mieux enveloppée d'une compresse antiseptique, est saisie de la main gauche au-dessous des bourrelets, qu'embrassent plus étroitement l'index et le pouce, tandis que le gland, dont on a eu soin de lubrifier la couronne avec un corps gras, est circonscrit par la pulpe des doigts de la main droite réunis en cône. Pendant qu'avec ces derniers l'opérateur malaxe le gland et le réduit de volume, avec l'index et le pouce de la main gauche il s'efforce de pousser en avant les bourrelets, et partant le limbe du prépuce, de manière à lui faire franchir la couronne du gland. Celle-ci doublée par l'orifice préputial, la réduction est faite; mais pour l'assurer et la consolider, il faut avoir soin de bien maintenir le prépuce en place et surveiller l'enfant jusqu'à ce que tout gonflement, tout œdème ait disparu. Nous devons ici

mettre en garde contre ce que nous appellerons la fausse réduction. Il arrive, en effet, parfois, que les bourrelets œdémateux pétris par la main gauche se flétrissent et s'allongent sur le gland, au point de simuler la réduction. Dans ce cas, lorsqu'on les abandonne, le gland se découvre de nouveau avec la plus grande facilité. Le paraphimosis bien réduit se reconnaît à ce que le prépuce se maintient de lui-même sur le gland, et à ce que l'on sent avec le doigt introduit dans son capuchon le bord net et tranchant du limbe.

Il est rare que le taxis, pratiqué méthodiquement et suffisamment prolongé, échoue dans la forme œdémateuse du paraphimosis infantile; mais, lorsque des infiltrations plastiques résistantes se sont produites dans l'épaisseur du limbe préputial et *a fortiori* quand des adhérences inflammatoires se sont constituées avec l'enveloppe des corps caverneux, il devient nécessaire de recourir au débridement simple ou multiple à ciel ouvert de l'anneau d'étranglement dans le premier cas, et au débridement sous-cutané imaginé par Malgaigne dans le second.

Lorsque, après le débridement, la réduction a été obtenue, il existe presque toujours des débris du prépuce en forme d'oreille qu'il convient de réséquer. De même il arrive, quoique cela soit moins fréquent que chez l'adulte, qu'après une réduction simple on soit obligé d'enlever, par une demi-circuncision inférieure, un bourrelet œdémateux, dur et fort disgracieux, pendant au-dessous du gland et constituant le jabot sous-préputial de Mauriac. Notons enfin que si, exceptionnellement, le paraphimosis, en dilatant le limbe préputial, peut être considéré comme un accident heureux du phimosis, et a été érigé par certains chirurgiens en méthode de traitement, le plus souvent il constitue, par ses répétitions, une des indications de la circuncision.

III. BALANITE ET BALANO-POSTHITE. — **Étiologie.** — L'inflammation du gland et du prépuce ne s'observe guère chez les enfants que lorsqu'il existe un phimosis. L'irritation produite par l'urine retenue dans le prépuce après la miction et par l'accumulation des sécrétions épithéliales et glandulaires en est la cause prédisposante; les démangeaisons, les grattages, les tiraillements auxquels elles invitent les petits malades, en sont les causes déterminantes. L'onanisme, le frottement des vêtements, par exemple le port d'une culotte ou d'un caleçon trop étroit, enflamment assez souvent le gland et le prépuce. Exceptionnelle est, on le comprend, dans l'enfance, la balano-posthite symptomatique de l'urétrite blennorragique, des chancres et autres affections vénériennes. Il est difficile de souscrire à l'opinion des auteurs, qui prétendent que l'enfant, en traversant, à sa naissance, un vagin infecté, peut prendre une balanite. Vidal (de Cassis) ayant observé à la naissance des adhérences du prépuce et du gland les attribue à l'évolution d'une balano-posthite intra-utérine. Nous avons vu quelles étaient la nature et la signification de ces adhérences.

Symptômes. — Inutile d'insister sur les signes physiques et les troubles fonctionnels, caractérisant l'inflammation glando-préputiale. Le diagnostic qui, parfois, se pose chez l'adulte avec la blennorragie, lorsqu'il existe un phimosis serré et hypertrophique, n'a pas lieu de se poser chez l'enfant

Mais il faudra se rendre compte de l'existence des complications possibles : rétention du smegma, concrétions préputiales, etc., qui à la vérité déterminent plus souvent qu'elles ne compliquent la balano-posthite. Par le prurit qu'elle occasionne et qui pousse les malades à découvrir leur gland, cette affection devient assez souvent le point de départ d'un paraphimosis : elle peut aussi être l'origine d'adhérences inflammatoires fermes et résistantes entre le gland et le prépuce, et d'un état scléromateux de ce repli cutané.

Traitement. — Le traitement, lorsque l'orifice préputial est suffisamment large pour découvrir le gland ou seulement pour permettre l'introduction de l'embout d'une seringue entre son limbe et le gland, est simple et rapidement efficace. Il consiste en repos, bains émollients et antiseptiques, injections intra-préputiales avec les mêmes substances : nous mentionnerons plus particulièrement les bons effets des lavages et badigeonnages à la solution de nitrate d'argent à 0,25 ou 0,50 pour 100. Si l'inflammation se prolonge, s'il existe un phimosis gênant l'application du traitement, il ne faut pas hésiter à faire la circuncision, malgré les sécrétions septiques; on devra seulement redoubler de précautions pour empêcher la plaie de s'infecter. La répétition des atteintes de balano-posthite est aussi une des indications de la circuncision.

IV. TRAUMATISMES DE LA VERGE. — Les traumatismes de la verge ne sont pas absolument rares chez les enfants du peuple, en raison de la légèreté de leur vêtement dans les pays méridionaux, et la diversité de leurs jeux. Assez souvent ils sont produits par des morsures d'animaux. Une des variétés fréquemment notée est l'étranglement du pénis par corps étrangers (ruban, fil, anneau métallique) dans lesquels les petits malades ensèrent leur verge soit pour s'amuser, soit pour ne pas souiller leur lit lorsqu'ils sont par exemple atteints d'incontinence d'urine. L'accident, qui en est la conséquence, porte plutôt sur l'urètre que sur la verge elle-même, et consiste dans la formation d'une fistule urinaire.

Les traumatismes ordinaires ne sont la source d'aucune indication particulière. Dans le cas de corps étranglant, il faut couper celui-ci au plus vite, ce qui n'est pas toujours facile, car il se dérobe en général au fond d'un sillon, les tissus se gonflant au-dessus et au-dessous. Les émollients, le froid, les manipulations et la compression méthodiques sont le plus souvent insuffisants à diminuer le gonflement et c'est à l'aveuglette qu'il faut, après s'être enquis de la nature du corps étranger, essayer de le sectionner du côté de la face dorsale de la verge. Mieux vaut, en effet, entamer les corps caverneux que de courir le risque de voir une fistule pénienne se former et la verge elle-même tomber en sphacèle.

URÈTRE

I. VICES DE CONFORMATION. — Nos connaissances sur le développement normal de l'urètre jetant une vive lumière sur la plupart des vices de conformation de cet organe, nous croyons devoir tout d'abord résumer ce point difficile d'embryologie. Établissons d'abord un premier fait, qui se dégage